DE LA MÉNINGITE

N° 97.

OU

INFLAMMATION DES MEMBRANES DU CERVEAU ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 mai 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR FRANÇOIS-ERASME MARTEL, de Foug,

Département de la Meurthe ;

Ancien Elève de l'Ecole pratique ; Bachelier ès-lettres de l'académie de Toulouse ; Chirurgien Aide-Major breveté employé au soixante quatrième régiment de ligne.

Est brevitate opus ut currat sententia, neu se
Impediat verbis lassas onerantibus aures.
HOR., sat. 10.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy.
Arvers.	Gibert.
Baudeloque.	Kergaradec, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Examinateur.*
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Devergie.	Rathbau.
Dubois.	Richard, *Suppléant.*
Dance.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA MÉNINGITE

OU

INFLAMMATION DES MEMBRANES DU CERVEAU.

L'ARACHNITIS ou inflammation de l'arachnoïde existe rarement à l'état de simplicité : presque toujours celle de la pie-mère l'accompagne. Ces deux maladies présentent des différences sous le rapport de l'anatomie patologique : mais quant aux symptômes et au traitement, elles sont absolument semblables; c'est pourquoi, à l'imitation de M. *Guersent*, je les réunirai sous le nom de *méningite*. Cette dénomination doit comprendre également l'inflammation de la dure-mère; affection très-rare, et qui intéresse seulement par la phlogose du feuillet arachnoïdien adjacent qui l'accompagne constamment, et sous le rapport des lésions du crâne qui la produisent presque exclusivement.

Causes. Elles peuvent être distinguées en deux espèces : les unes agissent directement sur l'encéphale; les autres exercent sur ce viscère une action indirecte.

Parmi les premières, on doit compter les fractures, les altérations organiques du crâne ou des vertèbres; l'insolation, l'ustion, l'application de substances âcres sur la tête, l'érysipèle de la face ou du cuir chevelu; les passions violentes, les fortes contentions de l'esprit, les

affections morales tristes, les veilles immodérées, l'abus des narcotiques, les épanchemens sanguins dans la pulpe cérébrale; la constitution dite *apoplectique;* l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, surtout quand elle a été causée par un obstacle à la circulation existant à l'aorte après la naissance des carotides. Suivant la remarque judicieuse de M. le professeur *Bertin*, cette maladie n'aurait aucune action sur l'encéphale, si elle avait été produite par un obstacle situé entre la naissance de ces vaisseaux et le cœur.

On doit mettre au rang des causes indirectes de la méningite les tempéramens nerveux et sanguin ; les écarts de régime; l'abus des liqueurs spiritueuses, le refroidissement subit, la suppression brusque de quelque hémorrhagie habituelle, la répercussion d'un ulcère ou d'une affection cutanée. L'inflammation d'une partie éloignée peut se transmettre sympathiquement aux membranes du cerveau. C'est ainsi que l'on voit la méningite se développer sous l'influence d'une gastrite, d'une pneumonie. On a vu l'inflammation parcourir toutes les séreuses, se fixer sur l'arachnoïde après s'être portée successivement sur le péritoine, les plèvres, etc. Certaines dispositions miasmatiques ou inconnues font prendre, dans certains cas, aux maladies régnantes le caractère de la méningite; c'est ce que l'on voit arriver dans les épidémies de typhus, de fièvre jaune.

Enfin, au nombre des causes indirectes de l'inflammation des méninges, on doit placer l'empoisonnement par la noix vomique ; les plaies en général, mais spécialement celles qui ont intéressé des nerfs, des articulations, qui sont compliquées de déchirement, de fractures ou de la présence de corps étrangers. Ces dernières causes déterminent principalement l'inflammation du prolongement rachidien de ces membranes.

Le sexe paraît n'avoir aucune influence sur la production de la méningite spontanée. Les auteurs qui ont prétendu le contraire, n'ont pas tenu compte des plaies de tête et autres accidens auxquels, par la nature de leurs occupations, les hommes sont bien plus exposés que les femmes.

Symptômes. Ils varient suivant la partie des membranes occupée par l'inflammation.

1°. La méningite de la convexité des hémisphères cérébaux est plus commune chez les adultes que chez les enfans. Son cours peut être divisé en trois périodes.

Premiere période. A la suite d'un frisson, une douleur violente se fait sentir au front ou à une autre région de la tête. Elle augmente par les mouvemens qu'on imprime au malade. Quand la maladie a été produite par une plaie, assez souvent celle-ci se dessèche. Les yeux sont hagards, brillans; tous les sens paraissent dans un état d'excitation. Le caractère du malade semble changé; ses réponses sont brèves; son front est ridé; son visage exprime la douleur; il grince des dents. Ordinairement le pouls est fréquent et développé; souvent il survient des vomissemens qui sont excités sympathiquement ou par l'inflammation de l'estomac.

Deuxième période. Au bout d'un temps plus ou moins long, le délire se déclare. Presque toujours il est furieux : le malade crie, s'agite, menace, frappe ou crache sur les assistans. La face est dans un état convulsif; les lèvres sont tirées d'un ou des deux côtés; les convulsions s'étendent aux membres thorachiques, rarement aux membres abdominaux; les muscles sont dans un état de rigidité ou de contraction, avec des alternatives de relâchement qui se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ceux des mâchoires et de la partie postérieure du cou apportent en général une résistance très-grande aux mouvemens qu'on veut faire exécuter à ces parties. Les pupilles se contractent, se dilatent, ou sont dans un état d'oscillation. Rarement le strabisme s'établit. Quelquefois la céphalalgie persiste : c'est lorsque les malades ont conservé l'usage de leurs facultés intellectuelles. Quelquefois le pouls, qui au commencement de la maladie était fréquent, se ralentit et devient irrégulier pendant la seconde période, qui dure deux, trois, quatre jours, et dans quelques cas peut se prolonger jusqu'à la fin du deuxième septenaire.

Troisième période A l'exaltation succède un abattement complet. Le malade a cessé de crier ; la carphologie, les soubresauts des tendons se font remarquer; les pupilles se dilatent; les sens ne sont plus mis en action par leurs excitans naturels ; le coma survient; les muscles, auparavant contractés, tombent dans une résolution complète ; les urines coulent par regorgement ; le pouls devient fréquent et irrégulier ; la respiration est stertoreuse ; une sueur visqueuse paraît sur le visage et la poitrine ; les extrémités se refroidissent ; enfin, on a vu la chaleur, bornée à la tête, se distribuer d'une manière inégale dans cette partie : la mort ne tarde pas à survenir.

Il est souvent difficile de reconnaître le passage d'une période à l'autre, à cause de l'absence de plusieurs symptômes, un seul ne pouvant pas les caractériser. MM. *Parent* et *Martinet* ont remarqué qu'une partie du corps pouvait présenter les signes de la troisième période, tandis qu'une autre n'offrait que ceux de la seconde. Ils ont vu les paupières paralysées alors que les muscles de la face étaient encore en convulsion.

2°. La méningite de la base ne s'observe guère que chez les enfans. Dans cette variété, le malade conserve assez souvent l'usage de ses facultés intellectuelles, qui sont seulement affaiblies ; il répond lentement, mais avec justesse, aux questions qui lui sont adressées. Le renversement de la tête en arrière, le trismus se remarquent plus souvent que dans l'espèce précédente ; la somnolence est presque continuelle ; le coma paraît de bonne heure ; les pupilles se dilatent et se dévient ; les hallucinations et la céphalalgie existent quelquefois pendant toute la durée de la maladie.

3°. La méningite spinale simple a été observée bien rarement ; presque toujours l'inflammation qui se développe sur le prolongement spinal des méninges s'étend à la partie de ces membranes qui enveloppe l'encéphale. Cette maladie est principalement caractérisée par la contraction permanente des muscles de la partie postérieure du tronc, présentant tous les degrés d'intensité depuis la simple rigidité jusqu'à la contraction la plus forte, déterminant le renversement de

la tête en arrière, la courbure du tronc dans le même sens, un tétanos véritable. Ce renversement de la tête ne doit pas être confondu avec celui qui accompagne la méningite de la base du cerveau. Dans cette dernière, la colonne cervicale seule est courbée en arrière; le reste du rachis conserve sa rectitude naturelle. Une douleur plus ou moins vive se fait sentir le long de la colonne vertébrale : elle est plus forte à l'endroit où l'inflammation est plus intense, et elle offre des rémissions alternant avec des secousses instantanées. Cette douleur est un phénomène assez constant de l'inflammation bornée aux méninges rachidiennes ; mais elle manque quelquefois quand cette maladie s'est étendue aux enveloppes de l'encéphale, parce que le trouble des fonctions cérébrales qui en résulte empêche de la percevoir. Je ferai observer qu'il n'est pas rare de voir les malades conserver le libre exercice de la pensée jusqu'aux approches de la mort, lors même que l'inflammation des méninges encéphalique est assez intense. Je vais en rapporter un exemple, que j'ai recueilli à la clinique de M. le baron *Dupuytren.*

Marie-Ursule Levasseur, âgée de cinquante-deux ans, fut admise à l'Hôtel-Dieu, le 5 février 1827, pour une gangrène des orteils, suite de congélation. L'ulcère résultant de la chute des escharres commençait à se cicatriser lorsque, le 12 février pendant la nuit, cette femme fut prise de constriction à la gorge. Des douleurs se firent sentir au dos avec roideur de cette partie et difficulté d'écarter les mâchoires. De temps en temps il survenait des secousses instantanées plus douloureuses. A la visite du 13, on prescrivit plusieurs fortes saignées du bras et des pilules d'extrait de jusquiame et d'aconit.

Le 14, les douleurs sont moins vives, et les accès convulsifs moins rapprochés. Nouvelle saignée : continuation des pilules ci-dessus.

Le 15, même état.

Le 16, Les secousses n'ont pas reparu ; mais les contractions douloureuses persistent. (Bain de vapeurs : on augmente la dose des stupéfians.)

Le 17, les convulsions se sont reproduites, le tétanos persiste, la plaie du pied est plus douloureuse.

La maladie continua ses progrès les jours suivans, et se termina par mort, le 20 février, sans avoir causé le délire.

Autopsie cadavérique. L'arachnoïde de la convexité du cerveau avait perdu sa transparence. Une matière plastique, commençant à s'organiser, était épanchée dans la pie-mère et dans son épaisseur. La partie du cerveau qui correspondait à cette collection était un peu déprimée. Les membranes de la base et du prolongement spinal présentaient une rougeur bien manifeste.

Le tétanos, dont cette observation est un exemple remarquable, a été décrit par les auteurs comme étant une maladie essentielle. En effet, on en a observé à la suite desquels l'examen le plus minutieux n'a fait apercevoir aucune trace anatomique de son existence. Ces cas sont les plus rares; trois fois seulement j'ai eu occasion de voir le tétanos, et dans ces trois cas l'autopsie cadavérique a fait reconnaître l'inflammation bien apparente de la totalité des membranes du cerveau. Les personnes qui, dans ces derniers temps, ont fait des recherches sur cette cruelle maladie et les altérations organiques qui la déterminent, ont prouvé, par les histoires nombreuses qu'elles en ont publié, que le tétanos essentiel et indépendant de toute phlegmasie cérébrale était une affection très-rare. D'ailleurs, l'analogie qui existe entre les symptômes tétaniques et la rigidité musculaire, phénomène ordinaire de l'inflammation des méninges, doit faire supposer une sorte d'identité dans les maladies qui les ont déterminés.

L'inflammation latente des méninges est rare; cela tient à l'importance des fonctions du cerveau, dont le jeu ne peut être troublé d'une manière brusque sans que l'économie ne soit à l'instant compromise. Cependant des auteurs, qu'on ne peut pas accuser d'observer légèrement, rapportent des exemples de maladies qui se sont terminées presque subitement par la mort, après avoir déterminé pendant quelques heures seulement les symptômes qui annoncent la lésions des

fonctions cérébrales, et qui ont laissé des traces évidentes d'une inflammation prolongée de l'arachnoïde.

Les accidens qui caractérisent la méningite ne restent pas toujours au même degré d'intensité; ils présentent des rémissions, des exacerbations qui n'offrent rien de constant pour la durée, la fréquence et le degré auquel elles sont portées. Un symptôme pris isolément ne reste pas constamment le même ; il paraît, disparaît alternativement à des intervalles plus ou moins rapprochés. Dans des circonstances très-rares, on a observé l'inflammation des méninges avec la forme intermittente. Les personnes qui en étaient affectées offraient pendant l'intervalle des accès tous les signes de la santé. Le dernier paroxysme ordinairement se prolongeait un, deux et quelquefois plusieurs jours, puis se terminait par la mort. Si les accès étaient accompagnés des autres phénomènes fébriles, la maladie avait beaucoup de ressemblance avec les fièvres pernicieuses délirante ou soporeuse. Doit-on en conclure que ces fièvres ne sont que le groupe des symptômes de cette inflammation? Je ne le pense pas; en effet, cette inflammation n'expliquerait ni la chaleur générale qui accompagne l'accès, ni la sueur qui le termine. Quelquefois à l'ouverture du cadavre, on a reconnu les restes d'une méningite assez ancienne, alors même que la mort était arrivée après quelques accès. Dans ce cas, serait-il contraire à une saine physiologie d'admettre que cette phlegmasie existait à l'état latent, et qu'elle a été exaspérée par l'accélération du mouvement circulatoire produite par l'accès fébrile?

La méningite et l'encéphalite consistant en une inflammation qui intéresse le cerveau d'une manière médiate ou immédiate, toutes les deux doivent produire du trouble dans les fonctions de ce viscère; aussi les symptômes de l'une ont avec ceux de l'autre la plus grande ressemblance. Cependant on observe que dans l'encéphalite les mouvemens sont lésés d'une manière plus profonde: ils le sont d'une manière plus générale dans la méningite. Dans la première maladie, les convulsions, le délire et les autres phénomènes qui annoncent l'exaltation des fonctions du cerveau sont bientôt remplacés par les sou-

bressants des tendons, la paralysie, la stupeur, symptômes qui annoncent le collapsus de ces mêmes fonctions. M. *Lallemand* prétend même que le délire et les convulsions ne se montrent dans l'encéphalite que lorsqu'il y a complication d'arachnoïdite. Ses lettres sur l'encéphale contiennent une masse imposante de faits à l'appui de son opinion. Du reste, quand, dans cette dernière maladie, les convulsions ne se montrent que d'un côté du corps, elles sont toujours déterminées par l'inflammation du côté opposé des membranes du cerveau.

Terminaison. — 1°. *résolution.* On voit les symptômes diminuer peu à peu d'intensité, et le malade ne tarde pas à recouvrer la santé. La résolution peut avoir lieu sans crise : d'autres fois le retour à la santé est annoncé par des hémorrhagies, des sueurs, l'œdème des extrémités inférieures. La résolution peut encore être accompagnée de métastase.

2°. *La suppuration.* Cette terminaison est plus commune quand la méningite a été déterminée par une plaie du crâne que lorsqu'elle est survenue spontanément. On peut soupçonner un amas de pus un peu considérable, quand aux signes de l'affaissement des fonctions cérébrales se joint la paralysie d'un côté du corps.

3°. *L'épanchement.* Cette terminaison succède ordinairement à la méningite de la base : elle se reconnaît par la somnolence, le coma plus ou moins profond, la dilatation des pupilles, le strabisme, la paralysie générale et graduelle qui l'accompagnent presque toujours.

4°. *Le passage à l'état chronique.* La méningite chronique est caractérisée par la céphalalgie continue, la somnolence, la morosité, la diminution de l'intelligence. Quelquefois les membres sont agités par des mouvemens involontaires, et le délire prolongé finit par la démence ou une sorte d'idiotie acquise. La méningite chronique succède

ordinairement à la méningite aiguë. Cependant elle peut présenter ce premier caractère dès l'invasion.

Prognostic. Il suffit de réfléchir sur l'importance des fonctions du cerveau et l'influence que l'inflammation des méninges exerce sur elles, pour porter sur cette maladie un prognostic défavorable. L'expérience vient à l'appui de ce raisonnement. La mort est le résultat ordinaire de l'inflammation un peu intense de ces membranes. Les malades qui ne succombent pas sont exposés aux rechutes, et conservent souvent diverses altérations de l'entendement et de la locomotion, qui annoncent le passage de la maladie à l'état chronique.

Anatomie pathologique. La rougeur vive de la pie-mère et l'infiltration séreuse, dont elle est le siége, annoncent l'inflammation modérée de cette membrane. L'arachnoïde perd sa transparence si la phlogose a été plus intense; dans ce cas la couleur laiteuse de la séreuse est disposée par stries longitudinales qui suivent le trajet des vaisseaux qui rampent sous la pie-mère. Dans le plus haut degré d'acuité, l'arachnoïde elle-même s'infiltre de sang et rougit en se confondant avec le tissu cellulaire adjacent. La rougeur de cette membrane est disposée par plaques plus ou moins larges, ou existe uniformément sur toute son étendue. C'est alors que des exsudations sanguines véritables se forment dans la cavité même de la séreuse.

Lorsque la phlegmasie a existé pendant quelques jours à un degré modéré, une matière mucoso-puriforme se dépose dans l'épaisseur de ces membranes ou sur leur surface libre. Rarement le pus est rassemblé en foyer considérable : quelquefois il est en forme de gouttelettes : le plus souvent il est disséminé à la surface de la séreuse en faisant corps avec elle. Ce produit peut s'organiser en fausse membrane; et si les deux séreuses en contact sont enflammées simultanément, des brides s'établissent de l'une à l'autre.

La fragilité plus grande des tissus enflammés empêche qu'on ne puisse y faire parvenir les injections mercurielles. Si on emploie une

pression un peu forte, le mercure s'échappe des vaisseaux rompus et s'infiltre dans la pie-mère ou la pulpe cérébrale.

Si l'inflammation a existé à l'état chronique, l'arachnoïde est épaissie d'une manière sensible. Quelquefois cette membrane, confondue avec la pie-mère, est infiltrée d'une matière gélatineuse. Si la maladie s'est terminée par épanchement, le fluide qui remplit les cavités encéphaliques est jaunâtre et presque toujours limpide. Des adhérences peuvent exister entre les deux surfaces séreuses opposées. On en a vu qui étaient si étendues que la cavité de l'arachnoïde était en partie supprimée. Cette membrane, dans quelques cas, perd son poli, et se couvre de granulations transparentes, jaunâtres, et par fois brunâtres. Il est très-rare d'y rencontrer des ulcérations.

Traitement. — Moyens préservatifs. Ces moyens consistent dans l'éloignement des causes qui peuvent produire cette maladie. Je crois devoir entrer dans quelques détails relatifs aux blessures qui peuvent donner lieu à la méningite consécutive.

Dans les fractures du crâne, la table interne peut être enfoncée assez profondément, tandis que l'externe n'a éprouvé qu'un déplacement à peine apparent. La compression du cerveau qui en résulte n'entraîne pas toujours primitivement des accidens tels que, la paralysie, le coma; elle a même été exercée sans que, pendant plusieurs jours, on ait pu reconnaître aucun trouble dans les fonctions de ce viscère. Cette absence des symptômes qui indiquent ordinairement la compression peut laisser le praticien inattentif dans une sécurité bien nuisible au traitement, en lui faisant négliger l'examen minutieux de la plaie, qui seul peut en faire connaître la gravité et les moyens d'en prévenir les suites. L'exemple suivant fera sentir l'importance de ce que j'avance.

Un soldat, en tombant, se fit une plaie au-dessus du sourcil droit; il fut incapable de donner aucun renseignement sur les accidens qui auraient pu survenir immédiatement après le coup, parce que l'ivresse dans laquelle il avait été plongé dans ce moment lui en avait fait perdre

tout à fait la mémoire; mais depuis qu'elle était dissipée, il n'éprouvait aucun symptôme qui pût faire soupçonner une lésion de l'encéphale. L'examen *superficiel* de la plaie fit reconnaître une dénudation assez étendue de l'os frontal, et une fracture que l'on crut bornée à la table externe. Une petite esquille ayant été extraite, le pansement fut fait simplement, et le blessé fut mis au régime des convalescens. Aucun accident ne survint jusqu'au onzième jour : alors le délire se déclara, après avoir été précédé de vomissemens.

Le douzième jour, la stupeur avait remplacé le délire; les yeux étaient fermés, et les pupilles dirigées en-dehors. La sensibilité obtuse aux membres abdominaux avait entièrement abandonné les membres thoraciques, lesquels exécutaient encore quelques mouvemens automatiques.

Le treizième jour, la stupeur était plus profonde et les urines coulaient par regorgement. (Sinapismes aux jambes.)

Le quatorzième jour, la sensibilité se ranima; le blessé répondait aux questions qu'on lui faisait; mais cette amélioration ne se soutint pas. La maladie ne tarda pas à reprendre son cours, pour se terminer par la mort le seizième jour.

Autopsie cadavérique. Un abcès contenant une once de pus existait au côté externe du ventricule droit du cerveau; les parois du foyer étaient le siége d'un ramollissement qui se prolongeait jusqu'à l'extrémité antérieure de l'hémisphère de ce côté. L'arachnoïde et la pie-mère, correspondantes, étaient infiltrées de pus. Un abcès moins considérable s'était également formé dans l'hémisphère gauche. La table interne du frontal était fracturée; les fragmens faisaient intérieurement une saillie du volume d'une petite demi-noix.

Quoique les désordres qui ont causé la mort avaient plutôt leur siége dans le cerveau que dans les membranes qui enveloppent ce vicère, je ne crois pas que cette observation soit tout à fait étrangère au sujet que je traite. Un examen attentif de la blessure aurait fait connaître la nécessité de relever les fragmens, qui, par la compression

qu'ils exerçaient sur les parties sous-jacentes, auraient aussi bien pu produire l'inflammation des méninges que celle du cerveau.

Quant aux plaies des membres, le soin que l'on mettra à leur pansement, surtout quand elles intéressent des articulations, l'extraction des corps étrangers qui peuvent les compliquer, préviendront dans beaucoup de cas l'inflammation consécutive des méninges. Le tétanos et les autres accidens nerveux ne sont-ils pas devenus plus rares depuis que le traitement des fractures, et surtout celui des fractures du péroné, a subi des modifications si avantageuses ?

Moyens hygiéniques. Ils consistent à éviter tout ce qui pourrait aggraver la maladie ou nuire au succès du traitement. Le malade sera placé dans une chambre spacieuse, éloignée des lieux humides; l'air en sera fréquemment renouvelé; on devra le rafraîchir en été, et le chauffer modérément en hiver. Dans la confection du lit, il ne faut pas employer des matières qui s'échauffent trop facilement. Les couvertures seront légères, notamment celles qui sont destinées à couvrir les parties supérieures. La tête sera élevée. Tout lien au cou est nuisible. On devra interdire le bruit, l'éclat de la lumière, les odeurs fortes, tout ce qui pourrait accroître l'irritabilité nerveuse. On éloignera les personnes qui peuvent provoquer des sentimens de haine ou de colère. Le malade sera mis à une diète sévère et à l'usage des boissons aqueuses et rafraîchissantes.

Evacuations sanguines. Au premier rang nous mettrons les saignées veineuses, par lesquelles on doit débuter dans le traitement de la méningite, à moins qu'on ait affaire à un sujet débile ou déjà épuisé par d'autres causes. Elles produiront un effet d'autant plus avantageux qu'elles seront pratiquées à une époque plus rapprochée du début de la maladie. En général, on ne devra les mettre en usage que pendant la première période et le commencement de la seconde. La quantité de sang que l'on tirera sera proportionnée à la force du sujet et à l'intensité de l'inflammation que l'on a à combattre. Il est bon de le laisser couler jusqu'à la syncope. La phlébotomie a été faite avec succès sur de jeunes enfans ;

mais ce moyen avait été employé avec prudence, et seulement sur des sujets fortement constitués.

Le choix de la veine que l'on doit ouvrir est-il indifférent? Je le pense : pourvu, toutefois, que le calibre de ce vaisseau soit assez gros pour que l'on puisse en peu de temps tirer une quantité de sang suffisante. Sous ce rapport les veines du bras me paraissent préférables à toutes les autres ; leur ouverture donne lieu promptement à une déplétion considérable du système vasculaire. Je ne crois pas que la saignée produise un effet dérivatif ou révulsif, suivant que le vaisseau sur lequel on la pratique est voisin ou éloigné de l'organe enflammé. Si la saignée du pied a quelquefois déterminé une révulsion réelle, je pense, avec mon ami le docteur *Latour*, que ce résultat doit être attribué au pédiluve chaud dont on accompagne l'opération.

J'ai rarement eu l'occasion de voir pratiquer la saignée de la veine jugulaire. Les effets qu'on en a retirés étaient à peu près nuls ; et même il m'a semblé que la compression qu'on a été obligé d'exercer sur ce vaisseau a été plus nuisible que la déplétion sanguine n'avait été avantageuse.

L'artériotomie m'a paru produire le même résultat, malgré que la soustraction d'un sang saturé d'oxygène soit regardée par quelques personnes comme très-propre à faire cesser l'état inflammatoire.

Les sangsues offrent une ressource trop précieuse pour qu'il soit permis de les négliger. Elles conviennent surtout pour les enfans, les sujets faibles, ceux qui ont déjà été saignés, et auxquels on ne pourrait sans inconvénient tirer une grande quantité de sang. Le nombre de sangsues qu'il faut appliquer varie suivant l'âge et la force du malade. Dans la plupart des cas une seule application ne suffit pas ; il faut, au contraire, les renouveler autant de fois que les accidens persistent.

Pour opérer cette saignée capillaire, on choisit ordinairement les tempes, la nuque, les narines, le derrière des oreilles ou la région de la colonne vertébrale. Dans l'inflammation des membranes de la convexité du cerveau, M. le professeur *Récamier* fait appliquer avec beau-

coup d'avantages une calotte de sangsues sur le sommet de la tête. Si cette maladie avait été produite par la suppression d'une hémorrhagie habituelle, on devrait tâcher de la rappeler en appliquant les sangsues sur les parties qui en avaient été le siége ou sur celles qui les avoisinent.

Froid sur la tête. L'action du froid sur la tête, dans cette maladie, produit les effets les plus avantageux. Pour cela, une vessie à moitié remplie de glace est maintenue sur le front pendant deux heures, après lesquelles on laisse réchauffer la peau en enlevant la vessie. Aussitôt que la chaleur commence à se rétablir, au bout d'un quart-d'heure ou d'une demi-heure, il faut en renouveler l'application, afin d'éviter une réaction qui serait très-nuisible.

Les effets de la glace sont prompts et très-énergiques; on peut l'employer même dans le cas où la débilité est extrême, parce qu'elle diminue la congestion sans avoir, comme la saignée, l'inconvénient de soutirer des matériaux quelquefois difficiles à réparer; et parce que, son action étant locale, il ne peut en résulter un refroidissement universel, dont les inconvéniens sont faciles à prévoir.

Quand la phlegmasie n'existe qu'à un faible degré d'intensité, la glace peut être suppléée par des fomentations froides fréquemment renouvelées.

Je me borne à indiquer les affusions froides, moyen dont M. le professeur *Récamier* a obtenu des succès inespérés dans le traitement de la maladie dont je m'occupe. Je rappellerai seulement que n'étant pas sans danger, elles doivent être employées avec prudence et des précautions, dans le détail desquelles je ne puis entrer sans dépasser les bornes que je me suis tracées.

Révulsifs. — 1°. *Par les topiques irritans.* Cette médication convient aux sujets lymphatiques, peu irritables, ou qui ont déjà été affaiblis au moyen des évacuations sanguines. On les applique d'abord comme rubéfians sur les pieds ou sur les mollets; et si la congestion

cérébrale continue, on les rapproche de l'organe enflammé en les appliquant sur les cuisses ou la nuque pendant un temps suffisant pour y produire la vésication. Je crois que l'on devrait préférer les cantharides aux sinapismes, même quand on ne veut déterminer que la rubéfaction. Elles ont la propriété de donner lieu à un effet prompt et constant, avantage qui doit être apprécié dans le traitement de la méningite, qui, par sa marche rapide, peut en quelques heures se mettre au-dessus des ressources de l'art. J'ai vu assez souvent, au contraire, les sinapismes n'avoir produit aucun effet apparent pendant une application de huit à dix heures; mais au bout de deux jours, quelquefois plus tard, la rougeur commencer à se faire apercevoir, rougeur qui ne tardait pas à être suivie de vésication, puis d'ulcères d'une guérison difficile, malgré les soins que l'on mettait aux pansemens. J'ai vu des sinapismes, appliqués pour combattre une méningite, n'exercer leur action que pendant la convalescence. Cette lenteur ne devait pas être entièrement attribuée à la nature de la maladie, à la débilité ou au défaut d'innervation, puisque j'ai vu le même résultat être produit quand ce topique avait été appliqué pour des angines ou d'autres maladies dans lesquelles il était évident que cette disposition n'existait pas.

On a aussi employé l'application de l'eau bouillante sur les mollets et sur les cuisses pour y déterminer la vésication. L'effet en est prompt, énergique, et n'a pas, comme les cantharides, l'inconvénient d'agir sur les voies urinaires. Ce moyen a été mis en usage avec avantage quand la maladie parcourant ses périodes avec rapidité, ou le médecin ayant été appelé trop tard, on n'avait pas pu se servir à une époque moins avancée des autres moyens rubéfians ou vésicans.

Ces topiques au lieu de déplacer l'inflammation peuvent l'accroître par la réaction qu'ils déterminent quelquefois. Cet effet a lieu chez les individus très-irritables, ou chez lesquels les évacuations sanguines n'ont pas été proportionnées à leur constitution ou à l'intensité de la maladie. Cependant si elle avait été causée par la répercussion d'un

exanthème, on devrait le faire reparaître en appliquant, dès le début, un vésicatoire sur la partie qu'il occupait.

Quand la congestion cérébrale que l'on doit combattre est peu intense, ces topiques peuvent être suppléés par les pédiluves chauds. Le bain de pieds se donne ordinairement à la température de vingt-quatre à trente degrés, que l'on peut élever par gradation en ajoutant peu à peu de l'eau bouillante. On peut le rendre plus irritant par l'addition de la moutarde ou de l'acide hydrochlorique.

2°. *Par les purgatifs.* On doit être très-réservé sur l'emploi des purgatifs dans le traitement de la méningite, puisque cette maladie est assez souvent le résultat de l'irritation primitive du canal digestif; d'ailleurs celle qu'on déterminerait au moyen de cette médication pourrait réagir sur l'encéphale. Les drastiques ne sont utiles que lorsque l'inflammation que l'on doit traiter est à l'état chronique : c'est alors qu'on emploie avec succès le calomélas, les résines purgatives. Mais quand cette maladie est à l'état aigu, on ne peut lui opposer que des minoratifs pris sous forme de lavement, plutôt pour prévenir la constipation que pour produire la révulsion.

Ces réflexions ne peuvent s'appliquer à la méningite traumatique. On connaît les résultats avantageux que *Desault* a retirés de l'administration de l'émétique en lavage quand il avait à traiter cette maladie.

M. *Blaud* dit avoir obtenu de bons résultats de la compressions des carotides. Je n'ai jamais vu mettre en usage ce mode de traitement, mais je le crois peu rationnel. En effet, de quelque procédé que l'on se serve, que la compression soit dirigée d'avant en arrière ou transversalement, elle doit nécessairement porter sur les veines jugulaires internes ou la trachée-artère. On conçoit facilement les inconvéniens qui doivent en résulter.

Dans le traitement de la méningite chronique on a employé avec avantage les frictions mercurielles, le séton placé profondement à la nuque, et le moxa sur le sommet de la tête Le quinquina lui a été opposé avec succès quand elle avait le caractère intermittent.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad sommos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Cum morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Erysipelas foris quidem introverti, non bonum; intùs verò foràs, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Ab ardoribus vehementibus convulsio aut tetanos, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.

VI.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malùm. *Ibid.*, *aph.* 15.

VII.

Ab erysipelate putredo aut suppuratio, malum. *Ibid.*, *aph.* 7.

VIII.

Ab ossis denudatione erysiplas, malum. *Ibid*, *aph.* 19.